

## V5

**131. CASO VÍDEO REPARACIÓN MITRAL: RESECCIÓN P2, REPOSICIONAMIENTO (SLIDING) DE P3 POR PROLAPSO DE P2 (RUPTURA DE CUERDAS) Y PROLAPSO DE P3 (ELONGACIÓN)**

Sáez de Ibarra JJ, Vidal L, Fernández Tarrio R, Enríquez F, Padrol D, Rodríguez A, Forteza J, Bonnín O  
*Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca*

**Objetivo:** se presenta caso vídeo de reparación mitral del velo posterior utilizando las técnicas clásicas de base de Carpentier.

**Pacientes y método:** mujer 66 años, *New York Heart Association* (NYHA) III, ritmo sinusal (RS). En seguimiento clínico por infarto de miocardio (IM) IV degenerativa.

**Resultados:** la ecografía transtorácica (ETT) muestra una IM IV por disfunción tipo II: prolapso (Fail) de P2 por ruptura de cuerdas. Se asocia prolapso de P3 por elongación de cuerdas. Anillo está dilatado sin calcificaciones. El cateterismo muestra coronarias sin lesiones, una función ventrículo izquierdo (VI) conservada. Se corrige el movimiento exage-

rado del velo posterior mediante resección de P2 y plicatura del anillo posterior + reposicionamiento de P3. El prolapso del Se consolida la reparación con anillo Physio CE 30 mm. ETT postquirúrgica muestra una buena coaptación (10 mm) sin IM residual y sin aceleración del flujo. La paciente es dada de alta al quinto día sin complicaciones. Cinco años después, la paciente está en clase I, RS. El ETT muestra la estabilidad de la reparación sin IM con una función conservada.

**Conclusiones:** las técnicas clásicas de Carpentier son referencia para la reparación del velo posterior. Es un método fiable y estable para corregir movimientos exagerados del velo posterior en caso de enfermedad fibroelástica.

## V6

**139. DERIVACIÓN AORTOAÓRTICA EXTRAANATÓMICA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LAS HIPOPLASIAS COMPLEJAS DE ARCO AÓRTICO DISTAL**

Heredia Cambra T, Mata Cano D, Bel Mínguez AM.<sup>a</sup>, Doñate Bertolín L, Pérez Guillén M, Castelló Ginestar A, Torregrosa Puerta S, Margarit Calabuig JA, Valera Martínez FJ, Serrano Martínez F, Montero Argudo JA  
*Hospital La Fe, Valencia*

**Objetivos:** simplificar el procedimiento y reducir el riesgo quirúrgico en pacientes con alteraciones hipoplásicas del arco aórtico, aportando una opción adicional al arsenal de técnicas quirúrgicas.

**Material y métodos:** bajo circulación extracorpórea (CEC) estándar, con flujo entre 2,2-2,4 l/min/m<sup>2</sup> e hipotermia ligera por encima de 32 °C, realizamos el procedimiento sin realizar pinzamiento aórtico ni parada cardíaca. Abordamos la aorta torácica distal vía transpericárdica posterior, con luxación cardíaca con dispositivo Medtronic® Starfish™. Se realiza la anastomosis distal de forma terminolateral entre el injerto y la aorta torácica distal. El conducto se dirige a través del seno oblicuo hacia la cara lateral derecha de las aurículas por vía retrocava, alcanzando la aorta ascendente por delante de la vena cava superior, donde se realiza la anastomosis proximal.

La grabación del procedimiento se realizó con cámara cenital Storz®, con montaje con *software* Power Director™ 5 NE Express (Ciberlink® Corp).

**Resultados:** realizamos dos casos, con tiempos de CEC de 110 y 103 min, utilizando injertos Vascutek Terumo® Gelweave™ de 18 y 20 mm. La estancia posquirúrgica en reanimación fue de 2 y 4 días, y en la sala de hospitalización de 6 y 27 días. Uno de los casos presentó disfagia como resultado de una esofagitis por *Candida* que retrasó el alta hospitalaria. Actualmente los pacientes están asintomáticos.

**Conclusión:** esta variante técnica se presenta como una alternativa eficaz en el tratamiento de la enfermedad hipoplásica compleja del arco aórtico, con buenos resultados iniciales, a la espera de la evolución a largo plazo.